

出國報告（出國類別：進修）

英國失智症照護政策及 腦中風病患之智能評估

服務機關：台北榮民總醫院

姓名職稱：陳炳仁 住院醫師

派赴國家：英國

出國期間：民國 99 年 5 月 2 日至 8 月 2 日

報告日期：民國 99 年 9 月 2 日

壹、摘要（含關鍵字）

於英國牛津大學教學醫院進行三個月的進修。針對英國國家的失智症照護政策、執行與服務體系進行瞭解，包括國家失智症照護監控、國家失智症因應策略如記憶門診、長期照護機構現場的跨領域團隊會議等。研究方面，加入牛津血管性疾病族群研究團隊中隸屬臨床神經醫學部的腦中風預防研究中心的計畫，參與腦中風或短暫性腦缺血發作後病人的診斷、智能評估與追蹤等研究。失智症照護為全球先進國家列為迫切處理的優先問題，政策的擬定與執行需要衛生醫療與社會福利領域的密切合作，進行本土化的研究、發展符合社會脈絡需求的照護準則、建立國家急性、中期、長期照護的無縫服務體系是當前刻不容緩的議題。

關鍵字：失智症、照護、政策、腦中風

貳、目次

一、目的	P.1
二、過程	P.1
A、國家失智症照護監控（National Audit of Dementia，NAD）	P.2
B、國家失智症因應策略（National Dementia Strategy，NDS）	P.3
B-1. 記憶門診（Memory clinic）	P.3
B-2. 長期照護機構現場的跨領域團隊會議（Inter-Disciplinary Team）	P.4
C、牛津血管性疾病族群研究（Oxford Vascular Study，OXVASC）	P.4
三、心得	P.5
四、建議事項	P.7

參、本文

一、目的：

因應台灣人口高齡化、失智症人口比率上升造成對整體醫療與社會照護上的衝擊，以及退輔會重點發展的高齡醫學中、規劃提升會屬單位之失智症照護品質，針對國外照護政策與服務體系進行瞭解與研修，並學習腦中風後患者智能的評估與照護。

二、過程：

筆者有幸經由本院高齡醫學中心陳亮恭主任引薦其在英國牛津大學進修期間所跟隨的老師、也是目前該校 Head of Medical Science Division（相當於醫學院院長）的 Prof Alastair Buchan，以及家庭醫學部黃信彰主任的大力支持，而獲得前往牛津大學進修的機會，主要研習的場所位於該校主要教學醫院 John Radcliffe（JR） Hospital（照片一），原先 Prof Buchan

安排筆者跟隨其臨床老人醫學科之同事、專長於 Alzheimer's disease 的 Prof Gordon Wilcock 學習；然因筆者同時對於親人所罹患之血管性失智症有高度興趣，經過轉介亦加入了 Oxford Vascular Study (OXVASC) 團隊中隸屬臨床神經醫學部的腦中風預防研究中心 (Stroke Prevention Research Unit, SPRU)，跟隨該計畫主持人 Prof Peter Rothwell (照片二)，以及該中心主要進行認知功能研究的資深研究員、也是臨床老人醫學科 Consultant Physician 的 Dr Sarah Pendlebury (照片三) 學習。

在牛津大學三個月期間一方面針對英國國家的失智症照護政策、執行與服務體系進行瞭解，另一方面則在臨床上參與腦中風或短暫性腦缺血發作 (Transient Ischemic Attack, TIA) 後病人的診斷、智能評估與追蹤等研究，在此將各主題簡述如下：

A、國家失智症照護監控 (National Audit of Dementia, NAD)

英國目前大約有 70 萬人罹患不同型態的失智症，一年消耗國庫 170 億英鎊於醫療照護上，雖然在 2006 年年底由英國兩大研究機構—國家衛生暨臨床卓越研究院 (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) 及社會照護卓越研究院 (Social Care Institute for Excellence, SCIE)，整合跨領域的專家意見提出失智症醫療與照護上的準則 (Guideline): Dementia - Supporting people with dementia and their carers in health and social care，但是在實際執行的狀況卻與準則有著極大的落差。

因此直接隸屬於英國國會的法人性組織—國家審計局 (National Audit Office, NAO) 針對失智症的照護狀況進行全國性的基本調查，於 2007 年 7 月提出初步報告，其中指出大約只有 2-4 成的失智症病人得到醫療的正規診斷及專業照護，而且早期診斷早期介入的比率十分不理想，整體醫療與社會福利的照護品質不論在醫院或社區都明顯低落且不符合成本效益，此一調查引起英國政府相當大的震撼，因此英國衛生部在 2007 年下半年正式宣布將失智症照護列為國家層級的優先處理問題，並著手規劃正式的國家失智症因應策略 (National Dementia Strategy, NDS，將詳述於後)

而由國家審計局委託、英國皇家精神醫學院及英國老人醫學會主導的 NAD 則從 2008 年 11 月起開始進行三年的失智症照護品質追蹤監測，先期主要由核心團體共同回顧文獻、進行專家會議提出基本評量準則，並優先於自願或邀請的急性綜合醫院 (general hospitals in Acute Hospital Trust) 進行試評計畫，之後發展出較合適的稽核工具與量表，於 2010 年正式進行大規模的醫院監測稽核，未來預計再針對基層照護系統 (Primary Care Trust) 中的基層醫師 (General Practitioner, GP) 與社區醫院 (Community hospital) 進行合適的照護稽核。

醫院的監測計畫主要分兩階段：

第一階段為核心監測，為全國所有急性綜合醫院都必須參加，分兩大面向進行，其一為醫院組織架構的評核 (hospital organization checklist)，確認該醫院是否有針對失智症照護進行資源、人力、流程的妥善規劃，其二為病歷稽核 (casenote audit)，針對某特定時段 (六個月) 內入住該醫院符合 1.有失智症診斷 2.住院超過五天的病人進行病歷抽審，主要評核的內

容包括有無進行周全性老人評估、有無濫用抗精神藥物、照顧的持續性、不必要的住院及住院天數過長、出院準備、後續安置等（詳如附件一），筆者於 JR hospital 期間正值稽核計畫執行期間，便與臨床老人醫學科的醫師群共同進行該醫院的病歷審查，統計結果將共同匯入全國性的資料庫。

第二階段為進階監測，只選定在全國 50-75 間的急性綜合醫院進行，總共分五大主題，包括病房組織架構、病房環境、醫護團隊成員的問卷調查、病患及照顧者的問卷調查、以及照護過程中醫病互動的觀察研究，其中最後一項觀察研究使用的方法稱做 Dementia Care Mapping，是由多次應本院邀請至台灣教學的英國老人醫學會前理事長、里茲（Leeds）大學的老人醫學教授 John Young 領導的團隊所研發，目前該方法在英國有專門訓練的認證課程，可惜筆者在英國期間沒有遇到訓練課程的時段，JR hospital 亦沒有加入第二階段的進階監測，故難以一窺其操作細節。

B、國家失智症因應策略（National Dementia Strategy，NDS）

由於失智症照護對於醫療與社會資源耗用極大，NAD 在 2007 年的監測報告又顯示照護現況的極大缺失，英國衛生部於是從 2008 年年中正式開始向全國各研究機構、醫療機構、病友與照顧者團體等徵詢意見並整合，經過半年的規劃醞釀，於 2009 年 2 月正式公告國家失智症因應策略（NDS），並於同年 7 月提出為期五年（2009-2014 年）的實施時程，總共分爲 17 個面向進行（詳見附件二），目前主要的積極進行的議題例如在各地區積極設立有效率的記憶門診（Memory clinic）以利早期診斷失智症，在各急性綜合醫院成立失智症照護專責團隊（Dementia Champion）以協調並提升患者的評估、處置、轉介的品質與效率，培養社區的專門照護人力以提供長期照護的建議、確保病患照護的延續性、並提供照顧者支持系統，減少醫療機構、特別是養護機構中不必要的使用抗精神藥物，強化該病患族群的中期照護以減少端的照顧接續困難，發展合宜的末期照護計畫（可參考附件三連結）等，預期在五到十年之後整體國家的失智症照護人平均花費可以降低。筆者對於在 JR hospital 期間參與的若干項目稍作介紹：

B-1. 記憶門診（Memory clinic）

由臨床老人醫學科 Prof Gordon Wilcock 主持、位在 JR hospital 中針對老人醫學所整合的 Lionel Cosin Day Hospital 之中的記憶門診，主要接受基層醫師的轉診，其他由醫院其他科別轉介住院或門診病患，看診團隊整合了老人醫學科或老人精神科或神經科醫師、神經心理師、專科護理師、社工師或照護管理師等。

看診過程先由專科護理師針對看診流程、病人家屬之照護需求、對生活與醫療的期待先作評估，同時間若有跟診學習的年輕醫師，由其進行基層醫師轉診文件與過去病歷的回顧整理（如無跟診醫師，教授會自己進行），接著護理師、年輕醫師與教授討論所收集之資訊後，教授始與病患與家屬開始進行結構性的問診與理學檢查，取得基本資訊後，病患將由神經心理師引導至另一房間接受初步的神經心理測驗，同時間教授會與家屬進行會談，瞭解家屬對

病患治療目標的想法、支持系統等，因為 Prof Wilcock 同時也是英國非營利組織 The Alzheimer's Society 的副主席，因此相當熟悉團體的照護資源窗口，他會提供病患或家屬其所居住地區該協會窗口的聯絡資訊，以利病家尋求長期照護上的協助，若遇到經濟上或特殊困難的個案，將由團隊的社工師進行其他社會資源的轉介與提供，經過基本門診的評估，教授會根據需求安排進一步的神經心理檢查、血液生化、及影像學檢查，並評估是否收案進入臨床藥物試驗計畫。

B-2. 長期照護機構現場的跨領域團隊會議 (Inter-Disciplinary Team)

為提升長照機構對於失智症病患照顧的品質，並減少不必要的抗精神藥物使用，NDS 已著手對基層照護系統 (Primary Care Trust) 進行連續三年的抗精神藥物使用狀況的監控，並規劃試辦計畫至長照機構現場進行跨領域團隊會議，團隊成員包括資深老人醫學科醫師、基層醫師、藥師、機構之個案管理師 (護理背景)、機構之社工師，除了即時減少不適當用藥的比率，並討論困難照顧之個案，提供行為療法與其他照護方式的建議與訓練 (照片四)。

筆者對於當前 NDS 執行上最迫切解決的問題就教於身為籌備期專家會議主席的 Prof Gordon Wilcock，以及日前來到本院教學的英國老人醫學會新任主席、過去也大力參與 NDS 規劃的 Dr Finbarr Martin，兩人不約而同的回應為：1、提升基層醫師對失智症造成醫療社會資源龐大負擔的重視、辨識早期智能退化之警訊的能力、及時轉診的效率，2、強化醫院內各領域醫療照護人員對於失智症的辨識能力、處理態度、減少不適當的精神藥物。

C、牛津血管性疾病族群研究 (Oxford Vascular Study, OXVASC)

OXVASC 是一個今年已邁入第八年的大規模族群研究 (population study)，母群體總共涵蓋了居住在牛津郡地區的 9 萬 1 千人，針對所有血管性疾病的發病個案包括腦中風、短暫性腦缺血發作、急性冠狀動脈症候群 (acute coronary syndrome) 含不穩定心絞痛 (unstable angina) 急性心肌梗塞 (myocardial infarction)、心因性猝死 (cardiac death)，及急性周邊血管病變 (acute peripheral vascular events) 進行收案，該研究團隊主要結合了神經內科的腦中風預防研究中心 (Stroke Prevention Research Unit, SPRU)、心臟科、血管外科、神經影像科、生化基因研究及相關科部合作研究子計畫的科別，該團隊成立七年多以來對於學術研究上與臨床服務上的貢獻甚大，包括對短暫性腦缺血發作及輕微中風 (minor stroke) 治療提出的新觀念、短暫性腦缺血發作患者的中風危險量表 ABCD² score、血壓波動性對於中風風險的關連性、Aspirin 對於癌症與感染風險的影響等，其中最關鍵的靈魂人物便是 Prof Peter Rothwell。

該研究主要透過主動追蹤 (hot pursuit) 包括基層醫師轉介疑似個案至快速評估門診 (最晚隔天病患可以看到門診接受診療) 及急診、各主要相關病房的病患篩選，以及被動追蹤 (cold pursuit) 包括定期至合作之基層醫師執業地點回顧病歷資料庫、調閱法醫解剖之死因報告等各種綿密的策略以避免個案遺漏，在病患經過鉅細靡遺的資料收集並確認診斷而收案之後，會針對該患者進行一個月、六個月、一年、兩年、五年的追蹤 (無論在門診、家中、機構內)，並同時進行對照組的收案與追蹤，筆者一開始主要即跟隨該團隊的研究員醫師、護理師、治

療師群進行個案的確認、評估、診斷、追蹤等等團隊運作常規，並熟悉收案資料上的各項量表的評估方式。

接著隨同該團隊資深研究員 Dr Sarah Pendlebury 的腦中風或短暫性腦缺血發作患者的智能評估特別門診，並學習進階的神經心理測驗進行與診斷方式，並開始著手整理該研究多年收案以來所有腦血管疾病患者的各時間點智能評估的之不同量表測量結果資料並進行分析，筆者在牛津停留期間所整理的資料，可望之後以共同作者的方式由該團隊發表。

三、心得

筆者在出國前對於英國全國性失智症的照護政策與執行狀況的理解，與實際進修之後的感受的確有落差，當然個別醫院如牛津大學 JR hospital 可能照護品質在水準之上，但是全國各地區的差異性卻是亟需在幾年內迫切改善的，英國的醫療是由稅賦直接支應的全國性服務系統（National Health Service, NHS），與台灣的全民健康保險（National Health Insurance）有異曲同工之處，同樣需要考慮當前整體財政狀態、根據各類疾病或傷害造成醫療與社會成本的負擔決定資源分配的優先性（priority）、針對全民普同性的照護提供進行服務標準上的拿捏，英國走過的路的確可以作為台灣規劃失智症照護政策的借鏡。

隨著全球人口老化，罹患失智症的人口比例迅速增加，而且造成的影響不只是在醫療費用上的支出，而更是許多被低估、隱身在各家庭、機構中照顧者的沈重負擔，世界各先進國家都逐漸意識到此一疾病對全體社會造成的巨大衝擊，從過去只是學術界、實務照顧界的研究發展，轉變為國家列為重要優先議題的整體性行動，如 2001 年日本厚生省發表『失智症者照護需求評估及照護管理模式—中心方式照護管理評估法』、2005 年美國國家疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention）與阿茲海默氏症協會共同發表的『The Healthy Brain Initiative』、2006 年澳洲衛生與老人部（Department of Health and Ageing）公布的 National Framework for Action on Dementia 五年計畫、2009 年英國提出的 National Dementia Strategy 五年計畫，在在凸顯此一議題的重要性，台灣人口老化速度為全球第二快，對失智症此一即將浮現的社會衝擊不可忽視。

醫療政策的規劃必定要對於該疾病有合適的研究提供證據以執行，縱使 2010 初牛津大學對全英國的醫療經濟分析發現，國家投入失智症研究與失智症照護的平均支出與癌症、心血管疾病相比仍極度懸殊的低，但已逐漸出現改善，英國的 NDS 目前對失智症的研究與執行層面，可歸結為 3C：Cause、Cure、Care，Cause 部分雖然已有理論基礎但未解迷，更甚全球有許多團隊嘗試尋找失智症成因的另一種理論，而 Cure 部分無論在藥物或疫苗上短期間似乎未有振奮人心的大幅度突破，所以現階段的重點明顯擺在 Early diagnosis 與 Care 的品質提升。

眼光放回台灣，筆者無意輕視台灣的生醫研究能力，但是在有限的研究與醫療資源之下，當前對於失智症的 3C 中最迫切尋求改善的理應是由 Care 方面先行著手，其中包括全國性預防與早期診斷早期介入的因應策略，策略的擬定與執行、資源的分配與投資，並不是不同疾

病領域的搶錢大賽、那個議題火熱誰救拿得多，需要進行全國性不同疾病的照護與社會資源耗用及潛在性風險的醫療經濟分析，根據急迫性與社會醫療資源的衝擊規模來進行資源分配。

在進行失智症照護的政策規劃時，除了以純粹醫療角度思考失智症患者所需要的介入治療方法之外，照護政策需根據不同國家的資源狀況、社會文化脈絡而因地制宜，所以政策規劃前必須先針對本土社會情境的進行思考與公民對話、辯論：例如如何在全體社會對失智症照護的需求、與病人個體/家屬或照顧者的需求之中取得平衡？病患與照顧者之間的需求如何兼顧？如何評估需求？誰來評估？期待照護政策要有好的 outcome，是指病人、家屬/照護者、還是整個社會的層面有好的 outcome？不同的 outcome 設定、滿足不同族群的需求將有不同規模的資源耗用，需要謹慎衡量。

台灣醫護人員面對失智症或智能缺損患者的態度與反應，極有可能與英國目前的處境一般，有著許多進步的空間，我們常在病房遇到同仁說，『這個 dementia 老人很難搞，吃藥都不配合』，之後並未進一步處置，或是基層醫師發現門診病人性格轉變、與家人互動出現困難，只是用一句『年紀大老歡顛』帶過，沒有把問題當一回事，更甚者，只要智能退化的老人出現行為異常或精神症狀，未經評估就馬上使用抗精神藥物治療，以上的情境並非少見，未來相關部門應可規劃進行全國性醫療機構的失智症照護品質監控，瞭解科別、院所之間照護上的落差，未來更可考慮在各大醫療機構成立失智症照護專責團隊，以追蹤、輔導全院提升照護品質。

目前國內醫療機構雖有許多失智症研究、照護的專業人才，但只有少數醫院整合相關領域人力開設記憶門診以利早期診斷、早期介入治療、轉介合適照護資源，未來應可透過健保局的整合門診試辦計畫，在全國各區域的教學醫院成立可近性高的記憶門診，並強化醫療單位與社會福利單位的橫向連結；再者，有了診療品質提升的記憶門診，也必須強化基層醫師重視失智緊訊及早轉介、和失智症患者診斷後周全照顧的能力，因為大部分中重度的失智患者所呈現的病症都涵蓋智能面向以外的問題，因此透過專科學會對於基層醫師進行持續性的教育訓練是絕對必要。

在英國的失智症患者約有 30% 入住長期照護機構，40% 入住長照機構的居民有嚴重智能問題，在台灣根據目前官方統計約有 17 萬失智人口，但是可提供失智症照護的機構僅六百床左右，而近年的本土流行病學調查也發現，安養機構的失智症盛行率為 24.54%，護理機構為 65.70%，養護機構為 61.17%，因此政府有需要擬定提升長期照護機構之人員失智症照護觀念與技能的教育訓練計畫與規範，並發展輔導機構失智症照護的專責單位、透過試辦計畫導入跨領域團隊於機構現場對患者進行周全性的評估與介入，並著手調查分析失智症患者長照機構之需求，以擴增或轉型現有機構之失智症照護床位。

亞洲社會中相較於歐美國家文化，有更多的照護負擔落在家庭之中，無論照顧者是家族成員、朋友等，政府應當重視這些沒有支薪的社會潛在照護成本，台灣目前另一個現象是大量倚賴外籍移民看護工，這些離鄉背井的照顧人力，針對失智症議題需注意的是他們與受照顧者在語言、社會文化習慣的隔閡，目前政府規劃的長期照護保險的給付對象中，失智症尚

未進展成日常生活功能（ADL）失能的患者是排除在給付之外的，然而在此一階段的失智症患者的行為與精神異常症狀卻已經確實需要他人協助照護也帶來照顧者極大的負擔，長期照護保險應針對失智症患者的照顧需求進行考量，納入失智症患者為給付對象以強化早期介入照護資源的應用，以減少後續醫療社會成本的負擔。

不同疾病進展階段的失智症患者在照護需求上不同，不同照護階段（如急性、中期、長期）與照顧地點（如醫院、長照機構、居家）所需要的資源規劃亦不同，例如失智有急性醫療需求入住醫院經過治療之後，接續在中期照護單位的功能回復、症狀穩定，再回歸到長期照護系統的居家或機構，這中間的照護是否能有延續性的規劃與實踐，需要醫療單位與社福單位緊密且良性的互動，也必須發展出合適的照顧管理師（care manager）制度，以利不同階段照護的接軌與需求評估，另外失智症患者應該何時進入生命末期照護（End of life care）或緩和醫療（palliative medicine）的門檻、執行內容、合適的執行地點、社會與患者的需求等問題，亦是刻不容緩、亟待本土性研究與政策規劃的問題。

公部門除了透過出版品、教育系統、公共媒體逐步增加全民對失智症的認識外，必須重視並珍惜病友/照顧者非營利團體從現場發出的真實需求與其社會倡議的能量，以期提升全民對失智症衝擊社會的重視、瞭解初期症狀已儘速尋求診療、減少污名化，另外亦需建立中央、地方一貫的失智症照護社會資源的平台，並提升取得管道的可近性，並增加縣市之間資源利用的公平性，此一作為可以與長期照護保險規劃進行全國社福資源整合同時間一併思考。

腦中風已確認為失智症的重要危險因子，而腦血管病變目前也在被診斷為阿茲海默氏症患者的病理致病機轉中有重要的角色，根據研究單次中風的病人會有 10% 後續出現失智，反覆中風的病人有 1/3 演變成失智，對社會照顧造成沈重的負擔，因此透過全國性的行動（campaign）來促進改善血管性疾病危險因子以降低風險，可視為一石二鳥的防治手段；另外短暫性腦缺血發作已證實短期內在發生中風的風險甚高，英國目前經過 OXVASC 的研究努力，對於短暫性腦缺血發作積極進行再中風風險評估與介入治療以減少更嚴重的後續事件造成醫療資源的耗用，國內似乎尚未制訂出針對短暫性腦缺血發作積極介入的本土性標準流程，應當可以進一步研究並制訂規範。

四、建議事項

* 國家層級：

- 1、 強化衛生醫療與社會福利公部門的對話與整合，成立跨領域的核心小組，進行失智症照護需求與成本的多層次分析，廣泛匯集各專業團體、病友/照顧者團體的意見，進行適當場次的公民會議，確立我國失智症國家因應策略。
- 2、 由跨領域的專業學會，共同研擬編寫本土性的失智症周全照護準則（ guideline），
- 3、 搭配長期照護保險與長照資源整合共同思考失智症照護議題，建立照顧管理師（care manager）制度，以利各階段照護的銜接，發展較合宜的需求評估工具來設定照顧提供的

內容，納入失智症患者/家庭為長照保險給付對象，提高家庭照顧者的支持系統。

- 4、鼓勵各地區教學醫院設置整合性記憶門診，使用健保整合門診試辦計畫支應，並嘗試建立國家失智症個案登錄網絡（register network），以利長期追蹤及未來相關分析研究
- 5、強化中期（亞急性）照護系統及資源，以減少急性醫療端不必要之超長住院，並訓練病患維持、回復生活功能，降低長期照護端接軌照顧服務的壓力。
- 6、透過學會力量，提升基層醫師重視失智症對醫療社會資源的衝擊，加強其症狀辨別、即時轉診、診斷後之長期追蹤照護的能力。
- 7、調查分析失智症患者長照機構之需求，以合理擴增或轉型現有機構之失智症照護床位，擬定提升長期照護機構之人員失智症照護觀念與技能的教育訓練計畫與規範。

*本院層級：

- 1、確實整合北區會屬醫療機構失智症照護資源，活化失智症患者於急性醫療、中期照護、榮院或榮家長照的流程與效能，進行失智症照護之臨床與服務模式（model）之相關研究。
- 2、成立本院失智症照護跨領域專責團隊（Dementia Champion），包括神經醫學中心、精神部、高齡醫學中心、社工室、營養部等，瞭解本院各科部相關照護資源，進行院內教育訓練與照護品質監測（如不適當抗精神藥物使用等）、接受院內諮詢、深入各項照護研究，並與病友/照顧者團體及社會福利單位強化資訊流通，以提供院內各單位轉介病患/照顧者至合適社區資源的資訊。
- 3、結合相關科別，與本院密切合作之社區長照機構進行各項試辦計畫與族群研究：包括機構現場之跨領域團隊介入、各項處置的成效（outcome）研究、生命末期照護（End of life care）等。